Naar waarde(n)volle zorg

Een overkoepelende notitie

Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel
i.s.m. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur

drs. Nancy Chin-A-Fat
Ilsa de Jong MSc
prof. dr. Mark van Twist[1]

Januari 2017

[1] De auteurs danken drs. Marco Meerdink voor zijn inbreng ten aanzien van dit traject.

1. Inleiding

De zorgsector maakt een ingrijpende transitie door. Kwetsbare mensen blijven langer thuis wonen en er vindt grootschalige extramuralisering van de zorg plaats, die vanuit de wijk wordt georganiseerd. Met de transities in de zorg is er daarnaast sprake van verschuivingen in budgetten en van veranderende financieringsstromen, waardoor andere, nieuwe partijen zijn toegetreden tot de zorgsector voor het leveren van zorg en ondersteuning. Er moet bovendien bezuinigd worden, terwijl het aantal kwetsbare mensen in Nederland dat een beroep zal doen op zorg en ondersteuning juist toeneemt als gevolg van onder meer de vergrijzing.

Deze ontwikkelingen hebben grote impact op de zorgsector en stellen zorginstellingen voor omvangrijke uitdagingen. Het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel (SOSZ) heeft ons gevraagd een verkennend onderzoek te verrichten naar deze ontwikkelingen in de zorg en de daaruit voortkomende gewenste doorontwikkeling van de zorgsector. Op basis van een documentstudie hebben wij in kaart gebracht hoe de zorgsector in Nederland is vormgegeven en georganiseerd, welke maatschappelijke en technologische ontwikkeling te ontwaren zijn, en wat volgens onderzoeken de gevolgen van de decentralisaties in de zorgsector zijn. Hiermee is de *institutionele context* van de zorgsector in beeld gebracht. Tegelijkertijd geldt dat de zorgsector verder gaat dan alleen de papieren werkelijkheid. Vaak merken we dat de institutionele logica niet altijd aansluit op de persoonlijke behoefte van cliënten. Dat de specifieke context van een individu, de *situationele context,* zich net even anders verhoudt tot de procedures van instellingen.

We kennen allemaal wel praktijkvoorbeelden die laten zien dat de doorontwikkeling van de zorgsector niet zozeer gaat om het in kaart brengen van wat er allemaal mogelijk is vanuit de huidige institutionele logica, maar om te doordenken van wat de *gewenste* doorontwikkeling van de zorgsector is. Waar draait het om in de zorg? Welke waarden zijn belangrijk? Wat doet er toe? Waar hebben cliënten nu echt behoefte aan? Om van daaruit vervolgens te bezien welke wijze van organiseren daarbij past.

Om op die vragen antwoord te geven, hebben wij vanuit drie verschillende invalshoeken naar de zorgsector gekeken en de ontwikkelingen die daarbinnen plaatsvinden, namelijk vanuit (1) een institutioneel perspectief, (2) een klantperspectief en (3) een sturingsperspectief. Op basis van deze drie deelstudies schetsen wij in deze overkoepelende notitie een beeld van de gewenste doorontwikkeling van de zorgsector, om nu en in de toekomst een samenhangend zorgaanbod te kunnen realiseren dat aansluit bij de behoeften van de cliënt.

2. Public Value Management als leidend sturingsperspectief

In de laatste paar jaar zien we in het zorgdomein steeds nadrukkelijker een ontwikkeling plaatsvinden waarbij ouderen niet langer alleen worden beschouwd als afhankelijke, zorgbehoevende mensen, maar ze worden ook (h)erkend als zelfstandige individuen die net als ieder ander de wens hebben om zelf te bepalen hoe ze willen leven.[2] Deze beweging staat niet op zichzelf, maar is zichtbaar in de gehele zorgsector. De nadruk ligt niet langer vooral op het zo efficiënt en effectief mogelijk vormgeven van de zorg, maar er ontstaat meer aandacht voor 'de bedoeling', naast de kernwaarden van het zorgsysteem als kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en zelfredzaamheid.

In de bestuurskunde wordt deze beweging ook wel aangeduid met de term *public value management* (PVM). In dit perspectief gaat het om het centraal stellen van de publieke waarde, om het voorop plaatsen van het maatschappelijk belang en de zorgbehoefte van het individu. Een verschuiving van focus op het '*wat*' naar het '*waartoe*', een focus op zingeving.[3] Vanuit dit perspectief dient de zorg niet te worden ingericht op basis van aanbieders, producten en geldstromen, maar op basis van de zorgvraag: waar heeft de cliënt behoefte aan? Niet de institutionele logica staat voorop, maar de situationele logica, waarbij de praktijk leidend is voor de manier waarop de zorg wordt vormgegeven.

De kern van het public value management is de focus op het 'waartoe'. Het draait niet zozeer om de output (de bereikte resultaten), maar om de outcome (het maatschappelijk resultaat). Daarbij gaat het niet alleen om de uitkomst, maar minstens evenzeer om het proces. Een positief proces met vertrouwen en betrokkenheid van alle belanghebbenden draagt bij aan de legitimiteit van de organisatie of de geleverde dienst. Het gaat bij het creëren van public value dan ook niet alleen om markteconomische waarden, maar ook om sociale, politieke, culturele en ecologische dimensies van waarde.[4]

In de zorgsector zien we op steeds meer plaatsen de ambitie om vanuit 'waarde' zorg te realiseren: waarde(n)volle zorg. Die ontwikkeling betekent een significante, maar tevens ingewikkelde, verandering in de manier waarop zorg is georganiseerd en zorginstellingen worden aangestuurd. Het centraal stellen van publieke waarde vraagt om een heldere, overtuigende opvatting over wat die publieke waarde precies is: *waartoe* organiseren we zorg? En vervolgens moeten alle randvoorwaarden, (financiële) middelen, personele capaciteit etc. daar ook mee in lijn worden gebracht, om daadwerkelijk de ruimte te creëren voor zorgverleners en cliënten om waarde voorop te stellen. Dat betekent ook het aangaan van actieve verbindingen met de omgeving, met alle relevante stakeholders, om draagvlak, legitimiteit en steun te verkrijgen voor de aanpak. Kortom, het mag duidelijk zijn dat een perspectief van public value management in de zorg vraagt om een sturingsvorm die meebeweegt. Een sturingsvorm die aansluit bij de behoeften van de cliënt, die ruimte geeft aan professionals om daar ook daadwerkelijk iets mee te doen en die variëteit en verschil tussen verschillende mensen toestaat – om een vraaggerichte vormgeving van de zorg te kunnen realiseren.

---

[2] Van Twist, M., N. Chin-A-Fat en J. Schram (2015). Van tehuis naar een thuis. Beelden bouwen in de ouderenzorg. *Verpleeghuiszorg*.

[3] Ter Braak, H. (2014). Public Value Management: verwarring en inspiratie. Reactie uit de bestuurlijke praktijk. *Bestuurswetenschappen*, 68, p. 97-100.

[4] Alford, J. en J. O'Flynn (2009). Making sense of public value: concepts, critiques and emergent meanings. *International Journal of Public Administration,* 32, pp. 171-191.

3. Vraaggerichte vormgeving van de zorg

In de zorgsector is de roep steeds groter om de zorg niet alleen te bezien vanuit verschillende functies en specialisaties, maar juist vanuit het algemeen welbevinden van de cliënt. Een holistische benadering, waarin niet zozeer de functionaliteit van zorgproducten of diensten voorop staat, maar de beleving, behoefte en ervaring van de cliënt. Het gaat niet langer alleen om slechts zorg en verzorging, maar in bredere zin over het welzijn van de cliënt, over leefplezier, en over een *waardevol* bestaan.[5] Voor de doorontwikkeling van de zorgsector is de *publieke waarde* dan ook om een samenhangend zorgaanbod te realiseren, waarbij de behoefte van de cliënt centraal staat, met aandacht voor zelfregie en kwaliteit van leven.

Gezien de veranderingen in financieringsstromen en krimpende budgetten in de zorgsector is de vraag hoe schaarse financiële middelen en de capaciteit van de organisatie verdeeld moeten worden uiterst belangrijk. Vanuit het perspectief van het public value management is het zinvol om schaarse middelen te verdelen op basis van de behoeften zoals ervaren door de kwetsbare mensen zelf. Een manier om dit te realiseren is om een vraaggericht zorgsysteem te ontwikkelen, dat gebaseerd is op groepen mensen met soortgelijke ervaren behoeften. Deze groepen mensen worden in de literatuur veelal aangeduid als segmenten. Een vraaggericht zorgsysteem en de verdeling van schaarse middelen is dan vormgegeven op basis van persoonsgerichte segmentatie. Eissens – van der Laan e.a. (2014) onderscheiden vijf persoonsgerichte ouderensegmenten: vitale ouderen, ouderen die moeite hebben met ouder worden, ouderen met lichamelijke en mobiliteitsproblemen, ouderen met multi-domein problemen en extreem kwetsbare ouderen. Elk segment heeft andere zorgvragen en daarmee andere behoeften voor wat betreft de invulling en vormgeving van hun zorg.

Vitale ouderen willen zich graag zo lang mogelijk gezond blijven voelen. De inhoudelijke focus van zorg en dienstverlening zou zich daarom voornamelijk moeten richten op preventie en herstel. Maar het voorzien in de (latente) behoefte aan preventie lijkt lastiger. Zo blijkt uit het onderzoek naar de Senioren consultatiebureaus dat het aanbod niet altijd goed aansloot op de behoeften van de ouderen. Niet alle ouderen waren zich bewust van hun ongezonde leefstijl of zij waren (nog) niet bereid hun leefstijl aan te passen. Knelpunten zijn vooral het gebrek aan een duidelijke doelgroep waar de preventie zich op moet richten. Er lijkt een discrepantie te bestaan tussen de behoeften van vitale ouderen en het aanbod in de vorm van preventieprogramma's.

Ouderen die moeite hebben met ouder worden vinden het lastig om om te gaan met de gevolgen van het ouder worden en een deel van deze ouderen voelt zich erg eenzaam. De inhoudelijke focus van zorg en dienstverlening zou gericht moeten zijn op functiebehoud en preventie in het lichamelijke domein en functieverbetering in het sociale en emotionele domein. Er lijkt in het huidige aanbod echter weinig ruimte voor de emotionele kant van het ouder worden: het omgaan met functieverlies, eenzaamheid en zorgen om verlies van mobiliteit en regie. Of in ieder geval vindt dit aanbod de weg naar deze doelgroep niet zozeer.

Ouderen met lichamelijke en mobiliteitsproblemen ervaren iets meer klachten dan ouderen uit het vorige segment en deze klachten uitten zich allemaal in het lichamelijke en mobiliteitsdomein. De ouderen uit dit segment maken echter veel meer gebruik van zorg en dienstverlening in vergelijking tot het vorige segment. Doordat er steeds meer zorgprofessionals betrokken raken bij de zorg en ondersteuning voor deze mensen, wordt

---

[5] Espria (2016). Van mens tot mens. Onderzoek Espria VVT-organisatie.

afstemming en samenwerking tussen deze professionals steeds belangrijker. Een belangrijk discussiepunt is wie verantwoordelijk zou moeten zijn voor deze coördinatie. Van belang is om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de oudere zelf, zowel inhoudelijk als persoonlijk.

Ouderen met multidomein problemen ervaren klachten in verschillende domeinen van het menselijk functioneren. Veelal hangen deze problemen ook nog met elkaar samen en is er sprake van een bepaalde mate van ambiguïteit. De behoeften van deze ouderen zijn daarom complex. De zorgconsumptie is het hoogst onder deze groep. De inhoudelijke focus van zorg en dienstverlening bij ouderen uit dit segment verschuift steeds meer van functiebehoud en verbetering naar het leefplezier van deze ouderen. In dit segment is het goed om stil te staan bij de mate waarin het toevoegen van een extra zorgprofessional bijdraagt aan het leefplezier van deze ouderen. Deze weging is voor ouderen uit dit segment erg belangrijk, aangezien voor ouderen uit dit segment geldt dat hoe minder zorg deze ouderen ontvangen, hoe beter ze zich voelen.

Extreem kwetsbare ouderen ervaren veel problemen in verschillende domeinen van het menselijk functioneren. De inhoudelijke focus zou hier, net als in het vorige segment, moeten liggen bij het leefplezier van deze ouderen. In de praktijk zien we echter dat de doelen die gesteld worden, vooral liggen op het gebied van veiligheid en het wegnemen van problemen en niet zozeer op het gebied van welbevinden of leefplezier. Veel van de doelen gaan over lichamelijk en andere problemen, terwijl ouderen zelf juist weinig behoeften op dit gebied aangeven. Onderzoek laat zien dat veelal wel wordt aangesloten bij een aantal basisbehoeften zoals lekker eten en drinken en een prettige eigen woonplek. Maar dat er op het gebied van zelfbepaling, ertoe doen en erbij horen tekort wordt geschoten.

In de praktijk kunnen we verschillende groepen ouderen onderscheiden die soortgelijke behoeften ervaren. Deze ouderen kunnen veelal hele concrete punten noemen die verbeterd kunnen worden (fijne sociale contacten, zich betekenisvol blijven voelen, lekker eten en drinken, en toegankelijkheid voorzieningen). Vanuit een public value management perspectief kunnen deze concrete behoeften als vertrekpunt genomen worden in de langdurige ouderenzorg en als basis dienen voor de financiering van de schaarse middelen. Vraaggerichte besluiten staan dan centraal ten aanzien van zowel de inhoudelijke focus van zorg en dienstverlening, als de organisatie van dit aanbod. Persoonsgerichte segmenten - segmenten die vertrekken vanuit de behoeften van mensen en niet vanuit de diagnose, beperking of aanbod – kunnen hier als vertrekpunt dienen.

4. Naar waarde(n)volle zorg

In de klassieke opvatting gaat zorg om het behandelen van de ziekte en gebrek van de cliënt, waarbij wordt nagedacht over het soort aanbieders, producten of geldstromen. Meer recent wordt er in de zorg echter steeds meer uitgegaan van een meer brede opvatting, waarbij het welbevinden en de kwaliteit van leven van de cliënt centraal staan. Het doel van de zorg is om zo goed mogelijk te kunnen (blijven) participeren in de samenleving, daaraan bij te dragen en om je daarin veilig te voelen. Bij het vaststellen van wat een cliënt nodig heeft, worden de cliënt en zijn sociaal netwerk steeds meer uitgangspunt. De zorg sluit dan aan op wat de cliënt nodig heeft; er is sprake van vraaggerichte zorg.

De uitdaging voor de zorgsector is erin gelegen om vanuit het gedachtegoed van public value management ruimte te maken voor deze vraaggerichte zorg, en in samenspraak met de cliënt een samenhangend zorgaanbod te organiseren. Dat is niet alleen een opgave van zorginstellingen, maar moet gebeuren in een samenspel met andere relevante partijen die kunnen bijdragen in het verhogen van het leefplezier van de cliënt.

Een samenhangend zorgaanbod kan worden bewerkstelligd via bestaande, institutionele lijnen, bijvoorbeeld door middel van een lokaal samenwerkingsverband tussen wijkverpleegkundigen, huisartsen, maatschappelijke organisaties, wijkteams en gemeenten. Doorontwikkeling van de zorgsector vindt in dit geval plaats langs de lijnen van het *strategisch incrementalisme*: een strategie van kleine stapjes, en gaat uit van het steeds opnieuw lokaal en in 'real time' inschatten van wat op dat moment gevraagd is. Voor coördinatie van de zorg wordt gebruik gemaakt van bestaande fysieke infrastructuur, bijvoorbeeld van een zorgcentrale of het creëren van een extra coördinerende functie zoals een zorgregisseur of casemanager. De basisvoorzieningen worden via collectieve financieringsvormen in stand gehouden. Bestaande zorgorganisaties krijgen de taak toebedeeld om de continuïteit van de basisvoorzieningen te waarborgen in de regio en daar collectieve financieringsvormen voor te ontwikkelen. Schaal is daarbij een relatief begrip. De relatie tussen schaalgrootte van zorgorganisaties en de realisatie van een samenhangend zorgaanbod op wijkniveau is namelijk zeer afhankelijk van hoe je schaal organiseert. Voor een dergelijke doorontwikkeling is robuustheid van de sector nodig: een manier van omgaan met nu nog onbekende ontwikkelingen, waarbij de sector zichzelf versterkt om om te gaan met turbulentie.

Doorontwikkeling van de zorgsector kan echter ook op een andere, meer disruptieve manier vorm kunnen krijgen. Een samenhangend zorgaanbod krijgt dan invulling door na te denken over welke partijen van belang zijn om ervoor te zorgen dat een cliënt fatsoenlijk kan leven en ouder kan worden. De vraag is dan niet zozeer hoe zorgverleners beter kunnen afstemmen over wat zij ieder voor zich doen, maar om de vraag welke verschillende partijen relevant zijn in het gezamenlijk ervoor zorgen dat een cliënt zo goed mogelijk kan blijven participeren in de samenleving. Het zorgaanbod wordt integraal en domeinoverschrijdend gecoördineerd, waarbij tevens gebruik wordt gemaakt van de virtuele infrastructuur zoals de mobiele telefonie of *connected care*. Grootschaligheid kan ruimte bieden om meer in te zetten op het ontwikkelen van technologische innovaties. Dat hoeft niet zozeer grootschaligheid van zorgorganisaties te betekenen, maar kan ook grootschaligheid betekenen in termen van bedrijven als Philips, Google en Samsung die de kennis en middelen hebben om te innoveren. Basisvoorzieningen worden via individuele financieringsvormen in stand gehouden, omdat zorg meer afgestemd is op persoonlijke voorkeuren. Om de basisvoorzieningen in Nederland te borgen, is het echter noodzakelijk om naast de individuele financieringsvormen ook een collectief risicostuk in te bouwen. De manier van doorontwikkeling die hierbij past is *disruptieve innovatie*: een strategie om vooruit te kijken naar wat er in de toekomst nodig is, en daar het zorgaanbod op aan te passen. Daarbij is antifragiliteit van de sector nodig: wanneer onbekende ontwikkelingen zich voordoen, breekt de sector niet maar wordt het sterker door ervan te leren.

Er zijn dus twee richtingen te onderscheiden in de doorontwikkeling van de zorgsector. Enerzijds is doorontwikkeling mogelijk via bestaande, institutionele lijnen, waarbij het gaat om *vooruit denken vanuit het heden*. Het gaat om 'meer en beter': meer de eigen investeringen laten renderen, de eigen organisatie beter en krachtiger maken en bestaande

verworvenheden te benutten. Anderzijds is een manier van doorontwikkelen om *terug te kijken vanuit de toekomst.* Hierbij is de uitdaging om na te denken over wat voor soort zorgsector er in de toekomst nodig is, en daarnaar te handelen. Uit de deelstudies is gebleken dat de twee ontwikkelrichtingen beide mogelijk zijn in de zorgsector. Het is aan het bestuur van Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel om te bepalen welke richting het meest gewenst is om nader te verkennen en zo op zoek te gaan naar de meest waarde(n)volle zorg.